**Da trasmettere all’indirizzo email:** [**inclusione.scolastica@provincia.bt.it**](mailto:%20inclusione.scolastica@provincia.bt.it)**@provincia.bt.it entro il 17.06.2022**

**Al Dirigente del I Settore**

**della Provincia di Barletta-Andria-Trani**

**OGGETTO:** Richiesta di accesso al **SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIO-EDUCATIVA PER ALUNNI CON DISABILITA’/ASSITENTI ALLA COMUNICAZIONE LIS PER ALNNI AUDIOLESI /ASSISTENTI TIFLOEDUCATIVI PER ALUNNI VIDEOLESI - A.S. 2022-2023.**

**SCHEDA ALUNNO**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GENITORI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SEDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SITUAZIONE SOCIO-AMBIENTALE**

NOTIZIE SULLA FAMIGLIA (num. componenti, presenza di uno o entrambi i genitori, ecc..)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abitudini di vita dell’alunno in famiglia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attività riabilitativa: NO SI quale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attività Tempo Libero (specificare come l’alunno trascorre abitualmente il proprio tempo libero):

* In casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fuori Casa Attività Sportive Attività Ricreative (es. cinema)

Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si richiede Servizio di Assistenza Socio-Educativa** **SI NO**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente scheda saranno trattati, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente viene prodotta, ai sensi del Decreto Legislativo n°196/03 e della regolamentazione europea ed acconsente al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità connesse alla valutazione del servizio in oggetto.

Firma Genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero

Il Dirigente Scolastico attesta di aver raccolto il consenso del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SITUAZIONE HANDICAP**

Diagnosi Clinica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnosi Funzionale (redatta in forma conclusiva): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certificazione ai sensi della legge n. 104/92: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui si allega copia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AREE COMPROMESSE DALL’HANDICAP** | **GRADO DI COMPROMISSIONE**  **NESSUNO LIEVE MEDIO GRAVE** | | | |
| INTELLETTIVO-COGNITIVA |  |  |  |  |
| AFFETTIVO-RELAZIONALE |  |  |  |  |
| LINGUISTICA |  |  |  |  |
| MOTORIO-PRASSICA |  |  |  |  |
| NEUROPSICOLOGICA |  |  |  |  |
| NEUROSENSORIALE |  |  |  |  |
| AUTONOMIA |  |  |  |  |

Profilo Dinamico Funzionale (potenzialità di intervento):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SITUAZIONE SCOLASTICA**

CLASSE DI ISCRIZIONE per l' anno scolastico per cui si presenta la domanda

I II III IV V

Programma didattico DIFFERENZIATO PARITARIO

Tempo scuola NORMALE RIDOTTO specificare numero di ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insegnante di sostegno SI NO numero ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nell’anno scolastico precedente ha usufruito del Servizio di Assistenza Specialistica NO SI

erogato dal COMUNE dalla PROVINCIA

Richiesta continuità educatore/assistente alla comunicazione NO SI specificare il nome e cognome dell’educatore/assistente assegnato per l’a.s. precedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Risultati conseguiti nell’a.s. precedente grazie al Servizio di Assistenza Specialistica:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **RICHIESTA PRESTAZIONI**

L’alunno **necessita del Servizio di Assistenza Socio-Educativa**

L’alunno **necessita del Servizio di Assistente alla Comunicazione L.I.S.)**

L’alunno **necessita del Servizio di Assistenza Tifloeducativa**

Eventuali necessità specifiche di assistenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al fine di conseguire i seguenti **obbiettivi:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Referente Scolastico : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Richieste di specifiche professionalità da parte dell’operatore da assegnare all’alunno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega alla presente istanza, la seguente documentazione:

* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del genitore istante;
* Certificazione della situazione di handicap ai sensi della legge n. 104/92.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_